



REGIONE BASILICATA

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata per AVCPass Riservato ai RUP degli Enti regionali e sub-regionali

Il Richiedente, con il presente modulo di adesione compilato e sottoscritto in ogni sua parte, richiede l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata) alla Regione Basilicata a titolo gratuito ai termini ed alle condizioni indicate nel "Manuale Operativo" disponibili sul sito www.ibasilicata.it, nella sezione PEC, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare.

Cognome* _____ Nome* _____ Nato/a il ___/___/___
a _____ Pr (___) Sesso M F Cod.Fisc.* _____
Residente a* _____ Pr*(___)
in Via/Piazza* _____ Nr* _____
Ente di appartenenza* _____ Codice Fiscale _____

Titolare del servizio/ufficio/unità organizzativa* _____

Telefono* _____ Fax _____ Cellulare* _____

E-Mail di riferimento* _____ @ _____

Denominazione casella: _____ @pec. _____ .it

Il nome della casella dovrà rispettare la seguente sintassi: nome.cognome@pec.dominioente.it**

**in base alla previsione normativa dell'AVCPass con Deliberazione n. 111 del 20/12/2012

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Documento di identità valido e leggibile (da allegare alla presente):

Carta d'Identità Patente Passaporto

Lì _____ Data _____ Firma _____

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'Informativa art. 13 del Regolamento Generale Europeo per la protezione dei dati personali N. 2016/679 (GDPR) pubblicata sul sito <http://www.ibasilicata.it/web/guest/modulistica-e-guida> presto il mio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Lì _____ Data _____ Firma _____

Inviare il presente Modulo di adesione, copia del documento di identità e del codice fiscale via e-mail al seguente indirizzo centroservizi@regione.basilicata.it



REGIONE BASILICATA

**Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata
per AVCPass Riservato ai RUP degli Enti regionali e sub-regionali**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome* _____ Nome* _____ Nato/a il ___/___/___
a _____ Pr (___) Sesso M F Cod.Fisc.* _____
Residente a* _____ Pr*(___)
in Via/Piazza* _____ Nr* _____
in qualità di Rappresentante Legale dell'Ente* _____
Telefono* _____ Fax _____ Cellulare* _____
E-Mail di riferimento* _____ @ _____

DELEGA LA SIG.RA/IL SIG. Cognome* _____ Nome* _____ a
richiedere la creazione della Casella di Posta Elettronica Certificata secondo quanto stabilito dal
Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e ss.mm.ii - Codice dell'Amministrazione Digitale - e dal Decreto del
Presidente del Consiglio dei Ministri del 31 ottobre 2000 recante "Regole tecniche per il protocollo informatico di
cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1998, n. 428 (Pubblicato sulla G.U. n. 272 del 21-11-
2000)"

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Documento di identità valido e leggibile (da allegare alla presente):

Carta d'Identità Patente Passaporto

Lì _____ Data _____ Firma _____

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'Informativa art. 13 del Regolamento Generale Europeo per la protezione dei dati personali N. 2016/679
(GDPR) pubblicata sul sito <http://www.ibasilicata.it/web/guest/modulistica-e-guida> presto il mio consenso al trattamento
dei dati per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Lì _____ Data _____ Firma _____

Inviare il presente Modulo di adesione, copia del documento di identità e del codice fiscale via e-mail al seguente
indirizzo centroservizi@regione.basilicata.it